



Univerzitetni  
klinični center  
Maribor

Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija  
Tel.: 00386 2 321 10 00 Faks: 00386 2 331 23 93

Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo  
in terapijo bolečin

PODATKI PACIENTA

\_\_\_\_\_

klinika, oddelek

\_\_\_\_\_

ime in priimek

\_\_\_\_\_

datum in kraj rojstva

\_\_\_\_\_

identifikacijska številka (št. ZZS)

\_\_\_\_\_

prebivališče

PRIHOD OB: .....

PULZ .....

RR .....

FR. DIH. ....

CVP .....

TT .....

TK .....

SWG .....

TH d .....

SpO<sub>2</sub> .....

OB 75 K10 012

Povezava: OP 75 K10 001

Izdaja: 02

Z dne: 7. 7. 2014

1 od 1



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01  
F: 01 478 60 58  
E: gp.mz@gov.si  
www.mz.gov.si

Priloga 1

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED  
OBRAVNAVO V AMBULANTI**

Vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred datumom zdravstvene obravnave.

Ime in priimek pacienta: \_\_\_\_\_

Datum obravnave: \_\_\_\_\_

|     | VPRAŠANJE                                                                                   | DA | NE |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.  | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?                                           |    |    |
| 2.  | Ste prehlajeni?                                                                             |    |    |
| 3.  | Kašljate?                                                                                   |    |    |
| 4.  | Vas boli v grlu, žrelu?                                                                     |    |    |
| 5.  | Imate spremenjen okus ali vonj?                                                             |    |    |
| 6.  | Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?                                  |    |    |
| 7.  | Imate bolečine v mišicah?                                                                   |    |    |
| 8.  | Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?                                                |    |    |
| 9.  | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?                                               |    |    |
| 10. | Ste imeli pozitiven izvid testa na okužbo z virusom SARS-CoV-2 oziroma na bolezen COVID-19? |    |    |
| 11. | Ste bili v stiku z okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)*?             |    |    |
| 12. | Ste bili v stiku s potencialno okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)*? |    |    |

\* Kot stik z okuženo osebo se ne šteje stika zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni opremi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

\_\_\_\_\_

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.

Priloga 1 Navodil za sprejem in zdravstveno obravnavo pacientov z negativno epidemiološko anamnezo in brez znakov bolezni s COVID-19